



ВІЦЕБСКІ АБЛАСНЫ
ВЫКАНАЎЧЫ КАМІТЭТ

ГАЛОЎНАЕ ЎПРАЎЛЕННЕ
ПА АХОВЕ ЗДАРОЎЯ

ЗАГАД

ВИТЕБСКИЙ ОБЛАСТНОЙ
ИСПОЛНИТЕЛЬНЫЙ КОМИТЕТ

ГЛАВНОЕ УПРАВЛЕНИЕ
ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ

ПРИКАЗ

0612 2022 № 759
г. Витебск

г. Витебск

О порядке оказания
медицинской помощи
пациентам с острым
нарушением мозгового
кровообращения
(«Дорожная карта»)

В соответствии с Положением о главном управлении по здравоохранению Витебского областного исполнительного комитета, утвержденным решением Витебского областного исполнительного комитета от 29.05.2018 г. № 309, на основании приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24.08.2022 г. № 1100 «О порядке оказания медицинской помощи в межрайонном центре» (далее-приказ МЗ РБ № 1100), в целях обеспечения доступности и повышения качества оказания специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения (далее-ОНМК)

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

порядок оказания медицинской помощи пациентам с ОНМК («Дорожная карта») согласно приложению 1;

карту ведения пациента с ОНМК согласно приложению 2;

перечень учреждений здравоохранения для оказания медицинской помощи пациентам с ОНМК и прикрепленных для обслуживания районов и городов согласно приложению 3;

схему перераспределения потоков пациентов в случае неисправности аппарата для проведения компьютерной томографии (далее-КТ) согласно приложению 4;

форму документального решения о проведении тромболитической терапии (далее-ТЛТ) пациенту с острым инфарктом головного мозга в

учреждении здравоохранения согласно приложению 5;

перечень учреждений здравоохранения для проведения ранней медицинской реабилитации в стационарных условиях пациентам с ОНМК и прикрепленных для обслуживания районов и городов согласно приложению 6.

2. Главным врачам учреждений здравоохранения:

2.1. утвердить собственным приказом логистику оказания медицинской помощи, транспортировки и проведения медицинской реабилитации пациентам с ОНМК;

2.2. обеспечить:

контроль за исполнением подведомственными организациями здравоохранения настоящего приказа;

преемственность в работе учреждений здравоохранения при оказании медицинской помощи пациентам с ОНМК;

2.3. принять меры по оснащению учреждений здравоохранения, бригад скорой медицинской помощи для оказания медицинской помощи пациентам с ОНМК в соответствии с требованиями нормативных документов, утверждающих примерный табель оснащения;

2.4. провести с сотрудниками повторное изучение приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24.01.2018г. № 47 «Об утверждении Инструкции по оказанию медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения («Дорожная карта»), приказа МЗ РБ № 1100, занятия по порядку организации оказания медицинской помощи пациентам с ОНМК, порядку их перевода в организации здравоохранения, утвержденных настоящим приказом;

2.5. обеспечить оценку эффективности работы по оказанию медицинской помощи пациентам с ОНМК в соответствии с критериями эффективности оказания медицинской помощи пациентам с ОНМК, утвержденными приказом МЗ РБ № 1100;

2.6. обеспечить ежедневное, до 15.00 следующего дня, предоставление информации в информационный центр УЗ «Витебский областной диагностический центр» по форме согласно приложению 2 настоящего приказа;

2.7. принять иные меры по реализации приказа МЗ РБ № 1100 и настоящего приказа.

3. Главным врачам УЗ «Оршанская центральная поликлиника» Карака С.А., УЗ Новополоцкая центральная городская больница» Шеменковой И.Г. обеспечить:

3.1. работу межрайонных центров по оказанию медицинской помощи пациентам с ОНМК в соответствии с приказом МЗ РБ № 1100, приказом главного управления от 21.09.2022 № 626 «Об организации

работы межрайонных центров по оказанию медицинской помощи пациентам с ОКС и ОНМК», настоящим приказом;

3.2. для оказания экстренной медицинской помощи пациентам с ОНМК круглосуточную работу в стационаре мультидисциплинарной бригады в составе: врача-рентгено-эндоваскулярного хирурга, врача-рентгенолога кабинета КТ, врача анестезиолога-реаниматолога, врача-терапевта, врача-невролога приемного отделения, фельдшера-лаборанта (врача клинической лабораторной диагностики);

3.3. проведение пациентам с инфарктом головного мозга и транзиторными ишемическими атаками ультразвукового исследования (далее-УЗИ) брахиоцефальных артерий в период стационарного лечения;

3.4. бесперебойное наличие препарата для системной тромболитической терапии при инфаркте головного мозга;

3.5. бесперебойное наличие расходных материалов для выполнения рентгенэндоваскулярных вмешательств пациентам с ишемическим инсультом;

3.6. направление и транспортировку пациентов с ОНМК на раннюю стационарную медицинскую реабилитацию;

3.7. осмотр и консультацию врача-нейрохирурга, а при его отсутствии врача-хирурга (врача-травматолога), прошедшего обучение по оказанию хирургической помощи пациентам с ОНМК и последующую консультацию, в том числе с использованием возможностей телемедицинского консультирования, врача-нейрохирурга УЗ «Витебская областная клиническая больница» пациентов с выявленными внутричерепными кровоизлияниями в течение 24 часов от момента поступления пациента в стационар;

3.8. ежедневное, до 15.00 следующего дня, предоставление информации в информационный центр УЗ «Витебский областной диагностический центр» по форме согласно приложению 2 настоящего приказа;

3.9. организовать наличие отдельно выделенной линии мобильной телефонной связи для передачи (приема) информации от службы скорой медицинской помощи (далее-СМП) дежурному врачу (дежурному врачу-неврологу).

4. Главным врачам УЗ «Браславская центральная районная больница» Макаревичу А.В., УЗ «Лепельская центральная районная больница» Прокофьеву А.П.:

4.1. для оказания экстренной медицинской помощи пациентам с ОНМК принять меры по организации круглосуточной работы врача-рентгенолога кабинета КТ, врача-невролога, врача-терапевта, врача анестезиолога-реаниматолога, фельдшера-лаборанта (врача клинической

лабораторной диагностики);

4.2. обеспечить:

проведение пациентам с инфарктом головного мозга и транзиторными ишемическими атаками УЗИ брахиоцефальных артерий в период стационарного лечения;

бесперебойное наличие препарата для системной тромболитической терапии при инфаркте головного мозга;

направление и транспортировку пациентов с ОНМК на раннюю стационарную медицинскую реабилитацию;

осмотр и консультацию врача-хирурга (врача-травматолога), прошедшего обучение по оказанию хирургической помощи пациентам с ОНМК и консультацию, в том числе с использованием возможностей телемедицинского консультирования, врача-нейрохирурга УЗ «Витебская областная клиническая больница» пациентов с выявленными внутричерепными кровоизлияниями в течение 24 часов от момента поступления пациента в стационар;

ежедневное, до 15.00 следующего дня, предоставление информации в информационный центр УЗ «Витебский областной диагностический центр» по форме согласно приложению 2 настоящего приказа;

4.3. организовать наличие отдельно выделенной линии мобильной телефонной связи для передачи (приема) информации от службы СМП дежурному врачу (дежурному врачу-неврологу);

4.4. рассмотреть вопрос об увеличении коечного фонда неврологического отделения и количества неврологических коек для инсультных больных. Предложения в срок до 01.01.2023 представить заместителю начальника главного управления Ковалёвой Л.Ф.

5. Главному врачу УЗ «Витебская областная клиническая больница» Матусевичу Е.А.:

5.1. обеспечить:

для оказания экстренной медицинской помощи пациентам с ОНМК круглосуточную работу в стационаре мультидисциплинарной бригады в составе: врача-рентгено-эндоваскулярного хирурга, врача анестезиолога-реаниматолога, врача-рентгенолога кабинета КТ, врача-терапевта, врача-невролога приемного отделения, фельдшера-лаборанта (врача клинической лабораторной диагностики);

проведение пациентам с инфарктом головного мозга и транзиторными ишемическими атаками УЗИ брахиоцефальных артерий в период стационарного лечения;

бесперебойное наличие препарата для системной тромболитической терапии при инфаркте головного мозга;

бесперебойное наличие расходных материалов для выполнения

рентгенэндоваскулярных вмешательств пациентам с ишемическим инсультом;

направление и транспортировку пациентов с ОНМК на раннюю стационарную медицинскую реабилитацию;

осмотр и консультацию врача-нейрохирурга пациентов с выявленными внутричерепными кровоизлияниями в течение 24 часов от момента поступления пациента в стационар;

ежедневное, до 15.00 следующего дня, предоставление информации в информационный центр УЗ «Витебский областной диагностический центр» по форме согласно приложению 2 настоящего приказа;

5.2. рассмотреть вопрос об увеличении коечного фонда неврологического отделения и количества неврологических коек для инсультных больных. Предложения в срок до 01.01.2023 представить заместителю начальника главного управления Ковалёвой Л.Ф.;

5.3. организовать наличие отдельно выделенной линии мобильной телефонной связи для передачи (приема) информации от службы СМП дежурному врачу (дежурному врачу-неврологу).

6. Главному врачу УЗ «Витебская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» Захарову А.В.:

6.1.обеспечить:

для оказания экстренной медицинской помощи пациентам с ОНМК круглосуточную работу в стационаре мультидисциплинарной бригады в составе: врача-рентгенолога кабинета КТ, врача-невролога приемного отделения, врача-терапевта, врача анестезиолога-реаниматолога, фельдшера-лаборанта (врача клинической лабораторной диагностики);

проведение пациентам с инфарктом головного мозга и транзиторными ишемическими атаками УЗИ брахиоцефальных артерий в период стационарного лечения;

направление и транспортировку пациентов с ОНМК на раннюю стационарную медицинскую реабилитацию;

обеспечить осмотр и консультацию врача-нейрохирурга пациентов с выявленными внутричерепными кровоизлияниями в течение 24 часов от момента поступления пациента в стационар;

обеспечить ежедневное, до 15.00 следующего дня, предоставление информации в информационный центр УЗ «Витебский областной диагностический центр» по форме согласно приложению 2 настоящего приказа;

6.2. рассмотреть вопрос об увеличении коечного фонда неврологического отделения и количества неврологических коек для инсультных больных. Предложения в срок до 01.01.2023 представить заместителю начальника главного управления Ковалёвой Л.Ф.;

6.3. организовать наличие отдельно выделенной линии мобильной телефонной связи для передачи (приема) информации от службы СМП дежурному врачу (дежурному врачу-неврологу).

7. Главным внештатным специалистам главного управления по неврологии Наумовой Г.И., нейрохирургии Семенову Е.В., рентгенэндоваскулярной хирургии Кутько А.П., по рентгенологии Лавриновичу А.Л., по ультразвуковой диагностике Гирса В.Н., реабилитологу Бурыкиной О.С., специалисту по паллиативной медицинской помощи Аверченко Т.В. обеспечить оказание организационно-методической помощи учреждениям здравоохранения, оказывающим специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощь пациентам с ОНМК.

8. Главному врачу УЗ «Витебский областной диагностический центр» Громовой С.В. обеспечить:

8.1. работу информационного центра по нарушениям мозгового кровообращения в установленном приказом главного управления от 05.05.2022 № 326 «Об информационном центре по нарушениям мозгового кровообращения и неврологической патологии» порядке;

8.2. проведение информационным центром по нарушениям мозгового кровообращения и неврологической патологии еженедельного анализа и обобщения информации по пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения и неврологической патологией.

9. Главному внештатному неврологу главного управления, заведующему отделением пароксизмальных состояний УЗ «Витебский областной диагностический центр» Наумовой Г.И. обеспечить проведение ежемесячного анализа информации, поступающей из информационного центра по нарушениям мозгового кровообращения и неврологической патологии с последующей организацией выборочного мониторинга учреждений здравоохранения.

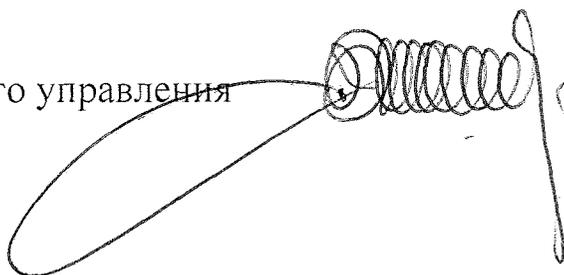
10. Ходатайствовать перед ректором УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет» Щастным А.Т. об открытии клинической кафедры неврологии и нейрохирургии на базе УЗ «Витебская городская клиническая больница скорой медицинской помощи».

11. Считать утратившими силу приказы управления здравоохранения от 03.04.2017г. № 145 «Об оптимизации проведения системной тромболитической терапии пациентам с острым ишемическим инсультом в учреждениях здравоохранения г. Витебска и Витебской области», от 04.01.2018г. № 07 «О проведении системной тромболитической терапии пациентам с острым ишемическим инсультом», приказы главного управления по здравоохранению от

31.01.2019г. № 49 «О проведении системной тромболитической терапии пациентам с острым ишемическим инсультом в г.Новополоцке и 70-ти км. зоне», от 18.02.2021 № 109 Об организации межрайонного центра по тромболитической терапии», от 04.08.2021 №529 «Об организации межрайонного центра по тромболитической терапии», приложение 1 к приказу главного управления по здравоохранению от 05.05.2022 № 326 «Об информационном центре по нарушению мозгового кровообращения и неврологической патологии».

12. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя начальника главного управления Ковалёву Л.Ф.

Начальник главного управления

A handwritten signature in black ink, consisting of a series of loops and a long horizontal stroke extending to the left.

М.Л.Вишневецкий

Приложение 1
к приказу главного
управления по
здравоохранению Витебского
облисполкома
от 16.12.2022 № 459

Порядок
оказания медицинской
помощи пациентам
с ОНМК
(«Дорожная карта»)

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Порядок оказания медицинской помощи пациентам с ОНМК (далее-Порядок) регулирует вопросы оказания всех видов медицинской помощи взрослому населению при остром нарушении мозгового кровообращения на территории Витебской области.

2. Для целей настоящего Порядка используются термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь от 18 июня 1993 года «О здравоохранении».

3. Деятельность учреждений здравоохранения Витебской области, оказывающих медицинскую помощь пациентам с ОНМК, осуществляется на основании действующего законодательства Республики Беларусь, нормативных правовых актов Министерства здравоохранения, приказов главного управления по здравоохранению, приказов городских, районных, областных учреждений здравоохранения.

4. Взаимодействие между учреждениями здравоохранения, входящими в состав разноуровневой системы оказания медицинской помощи пациентам с ОНМК регулируется приказами главного управления по здравоохранению, приказами главных врачей городских, районных, областных учреждений, здравоохранения.

ЭТАПЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОНМК

5. В Витебской области разработана и внедрена система этапного оказания медицинской помощи пациентам с ОНМК:

5.1. Догоспитальный этап, который включает:

оказание медицинской помощи в амбулаторно-поликлинической организации;

оказание медицинской помощи бригадой СМП.

5.2. Стационарный этап, который включает:

оказание медицинской помощи в остром периоде ОНМК (до 3 недель от начала заболевания) в условиях межрайонного центра по оказанию медицинской помощи пациентам с ОНМК и (или) специализированного неврологического отделения для пациентов с ОНМК, в составе которого функционирует палата реанимации и интенсивной терапии и (или) палата интенсивной терапии, на основе мультидисциплинарного подхода, включающего лечебно-реабилитационные мероприятия.

5.3. Медицинская реабилитация:

Ранняя медицинская реабилитация в стационарных условиях:

медицинская реабилитация пациентов, перенесших ОНМК проводится на основании приказа главного управления по здравоохранению от 03.10.2022 № 640 «О порядке организации и проведения медицинской реабилитации, медицинской абилитации населению Витебской области» на условиях и в соответствии с показаниями, установленными приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 01.09.2022 № 1141 «О порядке организации и проведения медицинской реабилитации, медицинской абилитации».

Перевод пациентов на этап ранней стационарной медицинской реабилитации осуществляется согласно приложению 6 настоящего приказа.

Медицинская реабилитация в амбулаторных условиях, которая включает в себя:

реабилитацию в условиях отделения медицинской реабилитации поликлиники (комплекс реабилитационных мероприятий пациентам, восстановившим мобильность до уровня, необходимого для посещения амбулаторного учреждения, и нуждающимся в дальнейшем лечении и реабилитации);

реабилитация на дому (проводится немобильным или маломобильным пациентам, нуждающимся в посторонней помощи и уходе).

Поздняя (повторная) медицинская реабилитация в стационарных условиях проводится в соответствии с показаниями, установленными приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 01.09.2022 № 1141 «О порядке организации и проведения медицинской реабилитации, медицинской абилитации».

Паллиативная медицинская помощь пациентам, перенесшим ОНМК, с низким реабилитационным потенциалом оказывается в форме плановой медицинской помощи в соответствии с постановлением Министерства

здравоохранения Республики Беларусь от 07.09.2022 г. № 96 «Об утверждении клинического протокола».

УРОВНИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОНМК

6. В Витебской области создана система оказания медицинской помощи пациентам с ОНМК, которая включает четыре технологических уровня для оказания специализированной и высокотехнологичной стационарной медицинской помощи пациентам с ОНМК:

- районный- I;
- городской, межрайонный- II;
- областной- III;
- республиканский –IV.

7. Оказание медицинской помощи пациентам с ОНМК в учреждениях здравоохранения I технологического уровня осуществляется в случаях:

отказа пациента от направления на вышестоящий технологический уровень;

крайне тяжелого состояния пациента, когда в случае транспортировки может наступить ухудшение состояния.

Основными функциями I технологического уровня является:

проведение мероприятий по диагностике, лечению ОНМК;
оказание экстренной помощи;

своевременное направление пациентов, нуждающихся в специализированной и высокотехнологичной помощи в учреждения, организации здравоохранения вышестоящего уровня;

проведение оценки качества оказания медицинской помощи и медицинской экспертизы пациентам с ОНМК.

8. Основными функциями II технологического уровня является:

обеспечение функций I технологического уровня для населения закрепленной территории;

оказание круглосуточной специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи для населения закрепленной территории и пациентам, направленным из районов, городов Витебской области;

своевременное направление пациентов, нуждающихся в специализированной и высокотехнологичной помощи в учреждения здравоохранения III и IV технологического уровня;

проведение оценки качества оказания медицинской помощи и медицинской экспертизы пациентам с ОНМК.

Основными функциями III технологического уровня является:

обеспечение функций I и II уровня для населения закрепленной территории;

оказание круглосуточной специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи для населения закрепленной территории и пациентам, направленным из районов, городов Витебской области;

своевременное направление пациентов, нуждающихся в специализированной и высокотехнологичной помощи в учреждения здравоохранения IV технологического уровня;

проведение оценки качества оказания медицинской помощи и медицинской экспертизы пациентам с ОНМК.

ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОНМК

9. Перечень нормативных документов, используемых на этапах оказания медицинской помощи пациентам с ОНМК:

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 09.02.2012 № 155 «Об утверждении алгоритма оказания медицинской помощи пациентам с артериальной гипертензией, острым коронарным синдромом и острым нарушением мозгового кровообращения на амбулаторном этапе» (приложение 3);

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 08.10.2018 №1000 «О совершенствовании работы по оказанию медицинской помощи пациентам с артериальной гипертензией»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 24.01.2018 № 47 «Об утверждении Инструкции по оказанию медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения («дорожная карта»);

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15.01.2018 г. № 8 «Об утверждении клинического протокола «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями нервной системы (взрослое население)»;

приказ главного управления по здравоохранению от 13.06.2022 № 441 «О совершенствовании работы по оказанию скорой и неотложно медицинской помощи в учреждениях здравоохранения Витебской области»;

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29.10.2021 № 117 Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с заболеваниями нейрохирургического профиля в стационарных условиях»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 21.11.2017 №1328 «Об оказании медицинской помощи пациентам с использованием методов рентгенэндоваскулярной хирургии»;

постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23.08.2021 г. № 99 «Об утверждении клинического протокола»;

приказ главного управления по здравоохранению от 29.07.2021 №525 «О порядке оказания медицинской помощи пациентам при остром коронарном синдроме и остром инфаркте миокарда»;

приказ главного управления по здравоохранению от 09.09.2022 №604 «О дальнейшем совершенствовании кардиологической службы области»;

приказ главного управления по здравоохранению от 10.10.2022 №644 «О внесении изменений и дополнений в приказ главного управления по здравоохранению от 29.07.2021 №525».

ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОНМК НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Оказание медицинской помощи
в амбулаторно-поликлинической
организации

Превентивные мероприятия проводятся в амбулаторно-поликлинических организациях врачами общей практики, врачами-терапевтами, врачами-неврологами, врачами-кардиологами, помощниками врача, фельдшерами ФАПов.

Мероприятия включают: обучение пациентов группы риска с АГ, хронической ИБС, постинфарктным кардиосклерозом, поражением и искусственными клапанами сердца, различными формами фибрилляции предсердий, сахарным диабетом правилам поведения при появлении первых признаков ОНМК, методам само-и взаимопомощи, безотлагательному вызову бригады СМП.

Медицинский работник амбулаторно-поликлинической организации при оказании медицинской помощи пациенту с ОНМК проводит следующие мероприятия:

1-й шаг: при подозрении на ОНМК необходимо срочно вызвать бригаду СМП;

2-й шаг: уложить пациента на спину на твердую ровную поверхность и приподнять голову на 30 градусов;

3-й шаг: освободить шею от одежды или иных предметов, которые могут ее сдавливать;

4-й шаг: тщательно очистить ротовую полость пациента от рвотных масс, если была рвота, и удалить съемные зубные протезы (при наличии);

5-й шаг: если пациент находится в бессознательном состоянии, необходимо повернуть его на бок, что будет способствовать беспрепятственному вытеканию слюны и слизи из ротовой полости, предотвратит их попадание в дыхательные пути;

6-й шаг: укрыть пациента.

В случае критического состояния пациента проводится интенсивная терапия в соответствии с постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23.08.2021 г. № 99 «Об утверждении клинического протокола».

Одновременно необходимо:

осуществлять постоянный контроль за параметрами дыхания, сердцебиения и артериального давления (далее - АД);

не разрешать пациенту пить жидкость или принимать какие-либо лекарственные средства;

не пытаться самостоятельно привести пациента в сознание, используя нашатырный спирт или другие лекарственные средства, особенно при наличии судорог, так как возможно усугубление тяжести состояния пациента и прогрессирование неврологической симптоматики.

Лечение в остром периоде ОНМК пациентам, которые не были госпитализированы в связи с наличием противопоказаний к госпитализации и транспортировке, а также отказались от госпитализации осуществляется согласно постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15.01.2018 г. № 8 «Об утверждении клинического протокола «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями нервной системы (взрослое население)».

Медицинское наблюдение и лечение пациента с ОНМК в амбулаторных условиях осуществляется врачом-неврологом и (или) врачом общей практики в организации здравоохранения по месту жительства (месту пребывания) пациента.

Оказание медицинской помощи
бригадой скорой
медицинской помощи

При вызове бригады СМП к пациенту с подозрением на ОНМК фельдшером по приему и передаче вызовов станции СМП во время телефонного опроса оформляется специальный алгоритм опроса «лицо-рука-речь-время» с целью уточнения времени начала заболевания (у пациента, родственников или иных лиц).

Время начала заболевания указывается в формате «час день.месяц.год».

Алгоритм действий:

1-й шаг: использование фельдшером (медсестрой) по приему и передаче вызовов станции (отделения) СМП при подозрении на ОНМК во время телефонного опроса следующего

Алгоритма опроса пациента с подозрением на острый инфаркт головного мозга фельдшером для возможного проведения ТЛТ:

1 Сбор анамнеза настоящего заболевания:

наличие клинических данных, позволяющих предположить острый инфаркт головного мозга (целесообразно использование диспетчером службы СМП теста FAST («лицо-рука-речь-время») в составе телефонного интервью;

точное время возникновения симптомов заболевания (часы, минуты) – до 4,5 часов;

возраст пациента от 18 лет;

2. После проведения опроса фельдшер (медсестра) по приему и передаче вызовов станции (отделения) СМП в экстренном приоритете:

организует передачу вызова на обслуживание свободной или первой освободившейся бригаде и передает информацию по результатам опроса медицинскому работнику бригады СМП;

докладывает руководителю смены по приёму и передаче вызовов о поступлении вызова к пациенту с подозрением на острый инфаркт головного мозга - кандидату для возможного проведения ТЛТ.

Справочно: время начала заболевания указывается в формате «час, день, месяц, год».

2-й шаг: по прибытию бригады СМП по месту вызова **врачом или фельдшером, выезжающим самостоятельно проводится:**

сбор жалоб;

анамнеза заболевания;

объективный осмотр пациента: измерение АД бригадой СМП, регистрация электрокардиограммы (далее-ЭКГ), определение уровня глюкозы в крови.

При повышенном АД (систолическое артериальное давление (далее-САД) > 220 мм. рт.ст., диастолическое артериальное давление (далее-ДАД) > 120 мм. рт.ст.) применяют лекарственные средства: каптоприл, урапидил, клонидин.

При артериальной гипотензии (систолическое АД ниже 90 мм. рт. ст.)–объем заместительная терапия (раствор декстрана), при отсутствии эффекта - допамин;

Нейропротекторная терапия осуществляется в соответствии с

Клиническим протоколом. Ингаляция кислорода;

Симптоматическая терапия осуществляется в соответствии с клиническим протоколом оказания скорой (неотложной) медицинской помощи взрослому населению: купирование головной боли, возбуждения, судорог, повторной рвоты, гипертермии свыше 38 градусов Цельсия.

3-й шаг: определение дальнейшей тактики ведения пациентов с ОНМК с учетом клинических проявлений заболевания, тяжести состояния уточняет показания и противопоказания к ТЛТ пациента, с заполнением следующего **Алгоритма опроса пациента с подозрением на острый инфаркт головного мозга врачом или фельдшером, выезжающим самостоятельно для возможного проведения для ТЛТ или рентгенэндоваскулярных хирургических вмешательств (далее-РЭХВ):**

1. Сбор анамнеза настоящего заболевания:

- острый ишемический (кардиоэмболический, атеротромботический, лакунарный подтипы) инсульт с четко определенным временем начала;
- возможность проведения томографического и лабораторного исследования и начала ТЛТ в течение 4,5 часов, РЭХВ в течение 6 часов от начала заболевания

№	Вопросы		
		да	нет
1	Возраст больного от 18 лет		
2	Время начала заболевания (час/минута). Симптомы возникли более 4,5/ 6 часов назад?		
3	Признаки быстрого восстановления неврологического дефицита (транзиторная ишемическая атака).		
4.	Применение гепарина в предшествующие 48 часов до инсульта.		
5	Перенесенный инсульт в течение последних 3 месяцев.		
6	Диагностированный геморрагический диатез.		
7	Больные, получающие оральные антикоагулянты, такие как варфарин.		
8	Недавнее или проявляющееся выраженное кровотечение.		
9	Заболевания ЦНС в анамнезе: опухоль, аневризма, артерио-венозные мальформации. Состояние после оперативных вмешательств на головном или спинном мозге любой давности.		
10	Недавний (менее чем в течение 10 дней)		

	перенесенный наружный массаж сердца, акушерское родовспоможение, состояние после пункции центральных (некомпрессируемых) вен.		
11	Острый панкреатит.		
12	Документально подтвержденные обострения язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки в течение последних 3 месяцев, эрозии пищевода.		
13	Тяжелые заболевания печени, включая активный гепатит, цирроз печени, печеночную недостаточность, портальную гипертензию, варикозное расширение вен пищевода.		
14	Серьезное хирургическое вмешательство или тяжелая травма в течение последних 3 месяцев.		
15	Беременность.		

2. Заполняется карта ведения пациента с подозрением на ОНМК согласно приложению 2 настоящего приказа.

3. Медицинский работник бригады СМП сообщает по телефону руководителю смены по приему и передаче вызовов (врачу- консультанту, фельдшеру по приему и передаче вызовов) о наличии пациента с подозрением на ОНМК-кандидата для ТЛТ/РЭХВ, кратко докладывает о пациенте-кандидате и организует доставку его в кабинет КТ учреждения здравоохранения согласно приложению 3 настоящего приказа в максимально короткий срок минуя приемное отделение.

4. При отсутствии показаний к ТЛТ/РЭХВ врач (фельдшер) бригады скорой медицинской помощи организует транспортировку пациента в учреждение здравоохранения согласно приложению 3 настоящего приказа.

4-й шаг: руководитель смены по приему и передаче вызовов (врач-консультант, фельдшер по приему и передаче вызовов) при поступлении информации от врача или фельдшера бригады скорой медицинской помощи о пациенте с подозрением на острый инфаркт головного мозга для возможного проведения ТЛТ /РЭХВ проводит следующие действия:

1. сообщает по отдельно выделенной линии мобильной телефонной связи дежурному врачу-неврологу приемного отделения учреждения здравоохранения по району закрепления согласно приложению 3 настоящего приказа об экстренной доставке пациента с ОНМК и предполагаемом времени прибытия бригады в стационарное учреждение здравоохранения для возможного проведения ТЛТ/РЭХВ.

2. При неисправности КТ-аппарата и невозможности проведения РКТ-диагностики в закрепленном учреждении здравоохранения

руководитель смены по приему и передаче вызовов (врач-консультант, фельдшер по приему и передаче вызовов) связывается по отдельно выделенной линии мобильной телефонной связи с дежурным врачом-неврологом приемного отделения учреждения здравоохранения согласно приложению 4 настоящего приказа и сообщает о причине и экстренной доставке пациента с ОНМК, предполагаемом времени прибытия бригады в стационарное учреждение здравоохранения для возможного проведения ТЛТ/РЭВ.

3. При наличии противопоказаний для транспортировки пациентов с ОНМК к которым относится: атоническая кома, некупируемые нарушения дыхания, отек легких, эпилептический статус, выраженная артериальная гипертензия (АД 300/150 мм рт.ст. и выше), выраженная артериальная гипотензия (АД 70/40 мм рт.ст. и ниже) транспортировка указанных пациентов, возможна только после купирования перечисленных состояний.

В случаях отказа пациента (родственников пациента) от транспортировки, крайне тяжелого состояния пациента, когда в случае транспортировки может наступить ухудшение состояния, пациент оставляется на дому с последующей передачей информации в амбулаторно-поликлиническое учреждение о необходимости его осмотра, организации и проведения лечения на дому.

При транспортировке пациента в тяжелом состоянии специалист бригады СМП следит за жизненно важными функциями: уровнем сознания, проходимостью верхних дыхательных путей, дыханием и гемодинамикой и доставляет его в ближайшее учреждение здравоохранения с отделением анестезиологии и реанимации.

Дальнейшая тактика введения пациента и выполнение нейровизуализации согласовываются с врачами-неврологами закрепленных учреждений здравоохранения согласно приложению 3 настоящего приказа с использованием отдельно выделенной линии мобильной телефонной связи, в том числе с использованием телемедицинского консультирования.

ПОРЯДОК ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОНМК НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ

**Порядок оказания медицинской помощи
на неврологических койках
для инсультных больных
в УЗ «Витебская областная
клиническая больница»**

1. Бригада СМП при транспортировке в УЗ Витебская областная клиническая больница (далее-УЗ«ВОКБ») пациента с подозрением на ОНМК:

1.1. информирует по отдельно выделенной линии мобильной телефонной связи дежурного врача-невролога приемного отделения о предполагаемом времени прибытия пациента, сообщает анамнестические сведения, важные для принятия решения о проведении/отказе в проведении реперфузионной терапии;

1.2. доставляет пациента в кабинет КТ минуя приемное отделение, с последующей передачей пациента дежурному врачу-неврологу приемного отделения.

2. Дежурный врач-невролог по получению информации от бригады СМП немедленно организует сбор в кабинете КТ мультидисциплинарной бригады для проведения ТЛТ/РЭХВ

3. По прибытию пациента:

Врач-невролог бригады:

знакомится с жалобами, проводит сбор анамнеза;

проводит неврологический осмотр, осуществляет оценку жизненно важных функций организма пациента по шкалам:

по шкале ком Глазго (GS);

по шкале инсульта Национального института здоровья (NIHSS);

дает оценку по модифицированной шкале Рэнкина до начала инсульта (mRS -1) и на момент осмотра (mRS 0);

устанавливает диагноз ОНМК;

определяет медицинские показания для госпитализации.

Врач-терапевт бригады:

знакомится с жалобами, проводит сбор анамнеза, в обязательном порядке уточняет вопрос приема пациентом оральных антикоагулянтов;

проводит терапевтический осмотр;

оценивает данные инструментального и лабораторного исследования, проведенного бригадой СМП, при необходимости назначает повторное ЭКГ исследование, анализ крови на сахар.

При САД > 185 мм рт.ст. или ДАД > 110 мм рт.ст. снижается АД путем внутривенного назначения антигипертензивных средств.

Фельдшер-лаборант бригады:

производит забор крови из пальца для общего анализа (эритроциты, гемоглобин, тромбоциты), уровня глюкозы, уровня МНО и значения АЧТВ.

Врач-рентгенолог кабинета КТ бригады:

проводит РКТ головного мозга по стандартным протоколам исследования с целью исключения внутричерепного кровоизлияния, объемного процесса головного мозга, артериовенозной мальформации;

проводит оценку данных РКТ головного мозга с расчетом баллов по шкале ASPECTS .

После выполнения экстренного обследования персонал мультидисциплинарной бригады анализирует его результаты и принимает решение об использовании ТЛТ с учетом показаний и противопоказаний.

Заполняется форма «Форма документального решения о проведении тромболитической терапии пациенту с острым инфарктом головного мозга в учреждении здравоохранения» согласно приложению 5 настоящего приказа.

В случае принятия решения о проведении ТЛТ рекомендуется придерживаться следующей последовательности:

1-й шаг—начало ТЛТ (болюсное введение 10% от суммарной расчетной дозы лекарственного препарата «Альтеплаза») проводится в кабинете КТ;

2-й шаг—выполнение КТ-ангиографии; КТ-перфузии головного мозга с оценкой диффузионно-перфузионного несоответствия;

3-й шаг—начало внутривенной инфузии (введение 90% от суммарной расчетной дозы лекарственного препарата «Альтеплаза» сразу после окончания КТ-ангиографии).

Врач-рентгенолог кабинета КТ бригады во время ТЛТ оценивает результаты КТ-ангиографии; КТ-перфузии головного мозга.

Врач-рентгенэндоваскулярный хирург бригады по результатам КТ-ангиографии, КТ-перфузии головного мозга оценивает соответствие больного критериям отбора для проведения внутрисосудистого рентгеноэндоваскулярного хирургического вмешательства (далее – ВСРЭХВ) с учетом следующих критериев:

время от начала ОНМК не более 6 часов;

тромботическая окклюзия внутренней сонной артерии;

тромботическая окклюзия сегменты М1 (средней мозговой артерии);

тромботическая окклюзия сегменты М2 (средней мозговой артерии)

при наличии технической возможности;

тромботическая окклюзия сегмент А1 (передней мозговой артерии) при наличии технической возможности.

Начало РЭХВ не должно быть отсрочено ожиданием эффекта от ТЛТ.

Бригадой врачей с участием врача-невролога, врача-рентгеноэндоваскулярного хирурга и врача анестезиолога-реаниматолога принимается решение о проведении внутрисосудистой тромбэктомии.

Рентгенэндоваскулярное лечение – общие вопросы

1. Пациентам с ишемическим инсультом (далее – ИИ) надлежит не задерживать выполнение ВСРЭХВ в ожидании результатов системной ТЛТ с целью восстановления мозгового кровотока.

2. Пациентам с ИИ не рекомендуется отказываться от проведения ТЛТ при планировании ВСРЭХВ.

3. Для восстановления мозгового кровотока пациентам с ИИ при выполнении ВСРЭХВ надлежит применять стент-ретриверы, стенты, баллонные и/или аспирационные катетеры, а также их комбинацию по усмотрению рентгенэндоваскулярного хирурга в зависимости от клинической ситуации.

4. Выполнение ВСРЭХВ пациентам с ИИ желательно в условиях общей анестезии либо седации.

Внутрисосудистые вмешательства в каротидных бассейнах

1. Пациентам с ИИ при окклюзии магистральных внутримозговых артерий в каротидном бассейне с тяжестью неврологического дефицита по шкале NIHSS 6 баллов и более, ASPECTS 6 баллов и более, а также до 6 часов от начала ОНМК для восстановления мозгового кровотока надлежит выполнять ВСРЭХВ.

2. Пациентам с ИИ при окклюзии магистральной внутримозговой артерии в каротидном бассейне с большим объемом ядра ишемии (ASPECTS 3-5) возможно выполнение ВСРЭХВ в течение первых 6 часов для улучшения функционального исхода ОНМК, с учетом более высокой вероятности геморрагической трансформации очага ишемии при ТЛТ.

3. Пациентам с ИИ при NIHSS 6 и более, а также окклюзии магистральной внутримозговой артерии в каротидном бассейне при объеме ядра ишемии менее 70 мл, имеющим несовпадение объемов ядра ишемии и зоны сниженной перфузии не менее 15 мл или отношение объемов зоны снижения перфузии к объему ядра ишемии не менее 1,8 надлежит выполнять ВСРЭХВ в срок от 6 до 16 часов для улучшения функционального исхода.

4. Пациентам с ИИ при окклюзии магистральной внутримозговой артерии в каротидном бассейне в возрасте 80 лет и старше и NIHSS 10 и более баллов и объемом ядра ишемии менее 21 мл, в возрасте младше 80 лет и NIHSS 10-19 баллов и объемом ядра ишемии менее 31 мл, а так же с NIHSS 20 и более баллов и объемом ядра ишемии 31-50 мл по данным нейровизуализации надлежит выполнять ВСРЭХВ в срок от 6 до 24 часов для улучшения функционального исхода.

5. Пациентам с ИИ при окклюзии магистральной внутримозговой артерии в каротидном бассейне с тяжестью неврологических расстройств

NIHSS < 6 надлежит выполнять ВСРЭХВ с целью предотвращения развития инвалидизирующего неврологического дефицита.

6. Пациентам с ИИ при сочетании окклюзии в интракраниальном сегменте артерий каротидного бассейна со стенотическим поражением экстракраниального сегмента надлежит выполнить ангиопластику и стентирование экстракраниальных сегментов сонных артерий для обеспечения доступа к интракраниальному поражению и устранению гемодинамически значимого стеноза.

7. Пациентам с ИИ при сочетании поражений в экстракраниальном и интракраниальном сегментах артерий каротидного бассейна в процессе и после выполнении каротидной ангиопластики со стентированием по поводу эшелонированного поражения в каротидных бассейнах, в том числе после проведения внутривенной тромболитической терапии, надлежит назначение двойной антиагрегантной терапии для предотвращения тромбоза стента.

Внутрисосудистые вмешательства в вертебрально-базилярном бассейне

1. Пациентам с ИИ при острой окклюзии основной артерии и/или интракраниального сегмента позвоночной артерии надлежит выполнить ВСРЭХВ не позднее 24 часов от начала ОНМК по ишемическому типу для улучшения функционального исхода.

2. Пациентам с ИИ при острой изолированной окклюзии задней мозговой артерии надлежит выполнить ВСРЭХВ не позднее 24 часов от начала ОНМК по ишемическому типу для улучшения функционального исхода.

Особые случаи

1. Пациентам с ИИ в каротидных и вертебрально-базилярном бассейнах при неэффективности ТЛТ и/или ВСРЭХВ и наличии атеросклеротического поражения или диссекции интракраниальных сегментов надлежит выполнить баллонную ангиопластику и/или стентирование интракраниальных артерий для восстановления мозгового кровотока.

2. Пациентам с острой окклюзией крупной интракраниальной артерии, развившейся в ходе любого внутрисосудистого вмешательства, и при отсутствии признаков внутричерепного кровоизлияния, надлежит немедленно выполнить ВСРЭХВ пострадавшей артерии для предотвращения развития ишемического инсульта.

3. Пациентам с ИИ при окклюзии магистральной интракраниальной артерии в каротидном или вертебрально-базилярном бассейнах, перенесших ранее ИИ, надлежит выполнить ВСРЭХВ для восстановления мозгового кровотока вне зависимости от давности перенесенного ранее ИИ, если

окклюзия вызывает новый неврологический дефицит и приводит к формированию новой зоны ишемии головного мозга.

4. Пациентам с ИИ не следует отказываться от проведения ВСРЭХВ для улучшения функционального исхода на основании изолированного применения таких критериев, как прием антикоагулянтов или отклонение лабораторных показателей системы гемостаза (повышение МНО, АЧТВ и других).

В случае установления показания для ВСРЭХВ пациент транспортируется в кабинет ангиографии (отделение рентгеноэндоваскулярной хирургии). Во время транспортировки пациента продолжается внутривенная инфузия лекарственного препарата «Альтеплаза».

После выполнения ВСРЭХВ врач рентгеноэндоваскулярный хирург по результатам выполненного вмешательства проводит ангиографическую оценку восстановления кровотока по шкале ТАСI и отражает результаты в протоколе хирургического вмешательства.

Последующее наблюдение за пациентом после ТЛТ и/или ВСРЭХВ осуществляется только в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии учреждения здравоохранения до 48 часов.

Врач-невролог неврологического отделения для инсультных больных и (или) врач реаниматолог-анестезиолог через 24-36 часов после проведения ТЛТ и (или) РЭХВ обеспечивает выполнение повторной нейровизуализации (КТ или МРТ головного мозга) с целью оценки динамики очага поражения головного мозга, выявления возможных геморрагических осложнений, контроля отека головного мозга.

Врач-рентгенолог при повторном проведении исследования проводит оценку данных РКТ головного мозга с указанием, при необходимости, типа геморрагической трансформации в соответствии с критериями ECASS.

При возникновении отека со смещением срединных структур, кровотечении в ткани головного мозга, субарахноидальное пространство организовывается экстренная консультация врача-нейрохирурга.

Врачебный консилиум принимает решение о возможности хирургического лечения пациентов с ОНМК в соответствии с клиническим протоколом «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с заболеваниями нейрохирургического профиля в стационарных условиях, утвержденным постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29 октября 2021 № 117.

При стабилизации состояния через 48 часов пациент может быть переведен в неврологическое отделение для инсультных больных в палату интенсивной терапии (ПИТ).

Дальнейшее лечение пациента проводится согласно постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15.01.2018 г. № 8 «Об утверждении клинического протокола «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями нервной системы (взрослое население)».

Медицинская реабилитация пациентов, перенесших ОНМК, осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 1.09. 2022 г. № 1141 «О порядке организации и проведения медицинской реабилитации, медицинской абилитации» и приказом главного управления по здравоохранению от 03.10.2022 № 640 «О порядке организации и проведения медицинской реабилитации, медицинской абилитации населению Витебской области».

При наличии показаний пациент переводится на раннюю медицинскую стационарную реабилитацию с 14 дня от начала заболевания.

При отсутствии показаний для ранней стационарной медицинской реабилитации пациент в остром периоде (21-30 дней) проходит лечение в неврологическом отделении для инсультных больных и выписывается на амбулаторный этап лечения и реабилитации или на паллиативное лечение.

Оценка эффективности работы по оказанию помощи пациентам с ОНМК осуществляется в соответствии с критериями эффективности оказания медицинской помощи пациентам с ОНМК в соответствии с приложением 3 к приказу МЗ РБ № 1100.

Порядок оказания медицинской помощи на неврологических койках для инсультных больных в УЗ «Витебская городская клиническая больница скорой медицинской помощи»

1. Бригада СМП при транспортировке в УЗ «Витебская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» (далее-УЗ «ВГКБСМП») пациента с подозрением на ОНМК:

1.1. информирует по отдельно выделенной линии мобильной телефонной связи дежурного врача-невролога приемного отделения о предполагаемом времени прибытия пациента, сообщает анамнестические сведения;

1.2. доставляет пациента в кабинет КТ минуя приемное отделение, с последующей передачей пациента дежурному врачу-неврологу приемного отделения.

2. Дежурный врач-невролог по получению информации от бригады СМП немедленно организует сбор в кабинете КТ мультидисциплинарной

бригады.

3. По прибытию пациента:

Врач-невролог бригады:

знакомится с жалобами, проводит сбор анамнеза;
проводит неврологический осмотр, осуществляет оценку жизненно важных функций организма пациента по шкалам:

по шкале ком Глазго (GS);

по шкале инсульта Национального института здоровья (NIHSS);

дает оценку по модифицированной шкале Рэнкина до начала инсульта (mRS -1) и на момент осмотра (mRS 0);

устанавливает диагноз ОНМК;

определяет медицинские показания для госпитализации.

Врач-терапевт бригады:

знакомится с жалобами, проводит сбор анамнеза, в обязательном порядке уточняет вопрос приема пациентом оральных антикоагулянтов;

проводит терапевтический осмотр;

оценивает данные инструментального и лабораторного исследования, проведенного бригадой СМП, при необходимости назначает повторное ЭКГ исследование, анализ крови на сахар.

При САД > 185 мм рт.ст. или ДАД > 110 мм рт.ст. снижается АД путем внутривенного назначения антигипертензивных средств.

Фельдшер-лаборант бригады:

производит забор крови из пальца для общего анализа (эритроциты, гемоглобин, тромбоциты), уровня глюкозы, уровня МНО и значения АЧТВ.

Врач-рентгенолог кабинета КТ бригады:

проводит РКТ головного мозга по стандартным протоколам исследования с целью исключения внутричерепного кровоизлияния, объемного процесса головного мозга, артериовенозной мальформации;

проводит оценку данных РКТ головного мозга с расчетом баллов по шкале ASPECTS .

После выполнения экстренного обследования персонал мультидисциплинарной бригады анализирует его результаты и выносит заключение о дальнейшем лечении пациента.

Дальнейшее лечение пациента проводится согласно постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 15.01.2018 г. № 8 «Об утверждении клинического протокола «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями нервной системы (взрослое население)».

Медицинская реабилитация пациентов, перенесших ОНМК, осуществляется в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 1.09. 2022 г. № 1141 «О порядке

организации и проведения медицинской реабилитации, медицинской абилитации» и приказом главного управления по здравоохранению от 03.10.2022 № 640 «О порядке организации и проведения медицинской реабилитации, медицинской абилитации населению Витебской области».

При наличии показаний пациент переводится на раннюю медицинскую стационарную реабилитацию с 14 дня от начала заболевания.

При отсутствии показаний для медицинской реабилитации пациент в остром периоде (21-30 дней) проходит лечение в неврологическом отделении для инсультных больных и выписывается на амбулаторный этап лечения и реабилитации или на паллиативное лечение.

Оценка эффективности работы по оказанию помощи пациентам с ОНМК осуществляется в соответствии с критериями эффективности оказания медицинской помощи пациентам с ОНМК в соответствии с приложением 3 к приказу МЗ РБ № 1100.

**Порядок оказания медицинской помощи
в межрайонных центрах
по оказанию медицинской помощи пациентам
с ОНМК в УЗ «Оршанская центральная поликлиника»
и УЗ «Новополоцкая центральная городская больница»**

Порядок оказания медицинской помощи в межрайонных центрах по оказанию медицинской помощи пациентам с ОНМК в УЗ «Оршанская центральная поликлиника» и УЗ «Новополоцкая центральная городская больница» соответствует порядку и этапам оказания медицинской помощи на неврологических койках для инсультных больных в УЗ «ВОКБ».

**Порядок оказания медицинской помощи
на неврологических койках
для инсультных больных
УЗ «Браславская центральная
районная больница»,
УЗ «Лепельская центральная
районная больница»**

Оказание медицинской помощи на неврологических койках для инсультных больных осуществляется во временном окне 4,5 ч для ТЛТ.

1. Бригада СМП при транспортировке пациента с подозрением на ОНМК в УЗ «Браславская центральная районная больница» или УЗ «Лепельская центральная районная больница» информирует по отдельно выделенной линии мобильной телефонной связи дежурного врача приемного отделения о предполагаемом времени прибытия пациента, сообщает анамнестические сведения, важные для принятия

решения о проведении/отказе в проведении реперфузионной терапии.

2. Дежурный врач по получению информации от бригады СМП немедленно организует сбор в кабинете КТ бригады для проведения ТЛТ.

3. Бригада СМП доставляет пациента в кабинет КТ минуя приемное отделение, с последующей передачей пациента дежурному врачу-неврологу.

4. По прибытию пациента:

врач-невролог бригады для проведения ТЛТ:

знакомится с жалобами, проводит сбор анамнеза;

проводит неврологический осмотр, осуществляет оценку жизненно важных функций организма пациента по шкалам:

по шкале ком Глазго (GS);

по шкале инсульта Национального института здоровья (NIHSS);

дает оценку по модифицированной шкале Рэнкина до начала инсульта (mRS -1) и на момент осмотра (mRS 0);

устанавливает диагноз ОНМК;

определяет медицинские показания для госпитализации.

Врач-терапевт бригады для проведения ТЛТ:

знакомится с жалобами, проводит сбор анамнеза, в обязательном порядке уточняет вопрос приема пациентом оральных антикоагулянтов;

проводит терапевтический осмотр;

оценивает данные инструментального и лабораторного исследования, проведенного бригадой СМП, при необходимости назначает повторное ЭКГ исследование, анализ крови на сахар.

При САД > 185 мм рт.ст. или ДАД > 110 мм рт.ст. снижается АД путем внутривенного назначения антигипертензивных средств.

Фельдшер-лаборант бригады для проведения ТЛТ:

производит забор крови из пальца для общего анализа (эритроциты, гемоглобин, тромбоциты), уровня глюкозы, уровня МНО и значения АЧТВ;

Врач-рентгенолог/врач лучевой диагностики бригады для проведения ТЛТ:

проводит РКТ головного мозга по стандартным протоколам исследования с целью исключения внутричерепного кровоизлияния, объемного процесса головного мозга, артериовенозной мальформации;

проводит оценку данных РКТ головного мозга с расчетом баллов по шкале ASPECTS;

После выполнения экстренного обследования персонал мультидисциплинарной бригады анализирует его результаты и принимает решение об использовании ТЛТ с учетом показаний и противопоказаний.

Заполняется форма «Форма документального решения о проведении

тромболитической терапии пациенту с острым инфарктом головного мозга в учреждении здравоохранения» согласно приложению 5 настоящего приказа.

В случае принятия решения о проведении ТЛТ рекомендуется придерживаться следующей последовательности:

1-й шаг—начало ТЛТ (болюсное введение 10% от суммарной расчетной дозы лекарственного препарата «Альтеплаза») проводится в кабинете КТ;

2-й шаг—перевод пациента в отделение реанимации и интенсивной терапии для продолжения внутривенной инфузии (введение 90% от суммарной расчетной дозы лекарственного препарата «Альтеплаза»).

Проведение ТЛТ и последующее наблюдение за пациентом в течение первых двух суток (при отсутствии осложнений) осуществляется только в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии учреждения здравоохранения.

Врач-невролог неврологического отделения для инсультных больных через 24-36 часов после проведения ТЛТ обеспечивает выполнение повторной нейровизуализации (КТ или МРТ головного мозга) с целью оценки динамики очага поражения головного мозга, выявления возможных геморрагических осложнений, контроля отека головного мозга.

Врач-рентгенолог/врач лучевой диагностики при повторном проведении исследования проводит оценку данных РКТ головного мозга с указанием, при необходимости, типа геморрагической трансформации в соответствии с критериями ECASS.

При возникновении отека со смещением срединных структур, кровотечении в ткани головного мозга, субарахноидальное пространство организовывается экстренная консультация врача-нейрохирурга.

Врачебный консилиум принимает решение о возможности хирургического лечения пациентов с ОНМК в соответствии с клиническим протоколом «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с заболеваниями нейрохирургического профиля в стационарных условиях, утвержденным постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29 октября 2021 № 117.

При стабилизации состояния через 48 часов пациент может быть переведен в неврологическое отделение для инсультных больных в палату интенсивной терапии (ПИТ).

Дальнейшее лечение пациента проводится согласно постановлению Министерства здравоохранения от 15.01.2018 г. № 8 «Об утверждении клинического протокола «Диагностика и лечение пациентов с

заболеваниями нервной системы (взрослое население)»).

Медицинская реабилитация пациентов, перенесших ОНМК, осуществляется в соответствии приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 01.09.2022 № 1141 «О порядке организации и проведения медицинской реабилитации, медицинской абилитации» и приказом главного управления по здравоохранению от 03.10.2022 № 640 «О порядке организации и проведения медицинской реабилитации, медицинской абилитации населению Витебской области».

При наличии показаний пациент переводится на раннюю медицинскую стационарную реабилитацию с 14 дня от начала заболевания.

При отсутствии показаний для медицинской реабилитации пациент в остром периоде (21-30 дней) проходит лечение в неврологическом отделении для инсультных больных и выписывается на амбулаторный (домашний) этап лечения и реабилитации или на паллиативное лечение.

Оценка эффективности работы по оказанию помощи пациентам с ОНМК осуществляется в соответствии с критериями эффективности оказания медицинской помощи пациентам с ОНМК в соответствии с приложением 3 к приказу МЗ РБ № 1100.

Особые ситуации при оказании медицинской помощи пациентам с ОНМК

1. При возникновении отека со смещением срединных структур, кровотечения в ткани головного мозга, субарахноидальное пространство организовывается осмотр пациента врачом-нейрохирургом, а в случае его отсутствия врачом-хирургом (врачом-травматологом), прошедшим обучение по оказанию хирургической помощи пациентам с ОНМК. Организуется экстренная консультация, в том числе с использованием возможностей телемедицинского консультирования, врача-нейрохирурга УЗ «ВОКБ».

2. Врачебный консилиум принимает решение о возможности хирургического лечения пациентов с ОНМК в соответствии с клиническим протоколом «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с заболеваниями нейрохирургического профиля в стационарных условиях», утвержденным постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29 октября 2021 г. № 117.

3. Пациенты с субарахноидальным кровоизлиянием из разорвавшейся мешотчатой аневризмы при отсутствии противопоказаний экстренно переводятся в нейрохирургическое отделение УЗ «ВОКБ» или, по предварительному согласованию, в ГУ «Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии» (для всех учреждений здравоохранения), где решается вопрос о выполнении хирургического

вмешательства до 72 часов от начала заболевания

4. При расслоении и (или) выраженном стенозирующем атеросклерозе брахиоцефальных артерий при наличии технической возможности выполняется стентирование артерии.

5. Пациентам со злокачественным инфарктом мозга в возрасте 18–60 лет; признаками инфаркта мозга занимающего 50% СМА на КТ или более, или >145 см³ по диффузно-взвешенным изображениям МРТ; с неврологическим дефицитом по шкале NIHSS >15 баллов; угнетением уровня сознания на 1 балл и более по пункту 1а шкалы NIHSS (соответствует уровню сознания «оглушение» и ниже) показано проведение декомпрессивной трепанации черепа не позднее 48 часов от начала заболевания.

6. При обширном инфаркте мозжечка показана консультация врача-нейрохирурга, в том числе с использованием возможностей телемедицинского консультирования, для решения вопроса о хирургическом лечении.

7. Пациентам с ИГМ и быстро обратимым неврологическим дефицитом («малым инфарктом мозга»), лакунарным инфарктом мозга, перенесенной ТИА при ипсилатеральном выраженном стенозе экстракраниального отдела сонных артерий (70-99%), установленном при дуплексном сканировании или СКТА БЦА показана консультация рентгено-эндоваскулярного хирурга и/или сосудистого хирурга для решения вопроса реваскуляризации на 7-12 сутки, если риск периоперационной заболеваемости и смертности составляет менее 6%.

Приложение 2
к приказу главного
управления по
здравоохранению Витебского
облисполкома
от 06.12.2022 № 759

**Карта ведения пациента
с острым нарушением
мозгового кровообращения**

ФИО _____

Дата рождения в формате: «день.месяц.год.»

Серия, номер паспорта _____

Личный номер _____

Адрес _____

Дата и время начала ОНМК (со слов) в формате: «час.мин.день.месяц.год.»

Балл по шкале Рэнкина при выписке _____

Балл по шкале Рэнкина через 3 месяца после ОНМК _____

Время	Реальное (час.мин.сек.)	Рекомендуемо е	ФИО исполнителя	Примечан ия
Регистрации и передача вызова бригаде СМП		5 минут		
Время от вызова бригады СМП до ПМК (первичного медицинского контакта)		20 минут для города и 35 минут для районов		
Время от ПМК до доставки в приемное отделение межрайонного центра		60 минут в городе и 75 минут в иных населенных пунктах		
«От двери» до контакта с инсультной (мультидисциплинарной) бригадой		1 минута		
«От двери» до начала проведения КТ		15 минут		

«От двери» до интерпретации данных КТ		25 минут		
«От двери до начала проведения тромболитической терапии		60 минут		

Приложение 3
к приказу главного
управления по
здравоохранению
Витебского облисполкома
от 06.12.2022 № 759

**Перечень учреждений здравоохранения
для оказания медицинской помощи пациентам
с ОНМК и прикрепленных
для обслуживания районов и городов**

Учреждение здравоохранения	Показания для госпитализации	Регион	Примечание
УЗ «Витебская областная клиническая больница	Пациенты с подозрением на острый инфаркт головного мозга, нуждающиеся в проведении ТЛТ, РЭХВ в терапевтическом окне до 6-ти часов	Бешенковичский район, г. Витебск, Витебский район, Городокский район, Лиозненский район, Сенненский район, Шумилинский район.	
	пациенты с ОНМК женщины 60 лет включительно, мужчины 62 лет включительно, в том числе иностранцы граждане, иностранцы граждане, лица без гражданства независимо от времени терапевтического окна	Бешенковичский район, г. Витебск, Витебский район, Городокский район, Лиозненский район, Сенненский район, Шумилинский район	

	пациенты любого региона Витебской области, у которых при проведении КТ-исследования в УЗ «ВОКБ» выявлены признаки ОНМК в остром периоде		
УЗ «Витебская городская клиническая больница скорой медицинской помощи»	пациенты с подозрением на ОНМК женщины старше 60 лет, мужчины старше 62 лет, не нуждающиеся в проведении ТЛТ, РЭХВ в том числе иногородние граждане, иностранные граждане, лица без гражданства	Бешенковичский район г. Витебск Витебский район Городокский район, Лиозненский район, Сенненский район, Шумилинский район	
	пациенты любого региона Витебской области, у которых в УЗ «ВГКБСМП» при проведении КТ-исследования выявлены признаки ОНМК и не нуждающиеся в проведении ТЛТ, РЭХВ.		

УЗ «Браславская центральная районная больница»	пациенты с подозрением на острый инфаркт головного мозга	Браславский район, Глубокский район, Миорский район, Шарковщинский район Поставский район иностранцы граждане, иностранцы граждане, лица без гражданства	до 31.12.2022
	пациенты с подозрением на острый инфаркт головного мозга	Браславский район, Миорский район, Шарковщинский район, Поставского район иностранцы граждане, иностранцы граждане, лица без гражданства	с 01.01.2023
УЗ «Лепельская ЦРБ» центральная районная больница	пациенты с подозрением на острый инфаркт головного мозга	Докшицкий район Лепельский район, иностранцы граждане, иностранцы граждане, лица без гражданства	до 31.12.2022
	пациенты с подозрением на острый инфаркт головного мозга	Докшицкий район Лепельский район Ушачский район иностранцы граждане, иностранцы граждане,	с 01.01.2023

		лица без гражданства	
УЗ «Оршанская центральная поликлиника» Межрайонный центр по оказанию медицинской помощи пациентам с ОНМК	пациенты с ОНМК	г.Орша, Оршанский район, Дубровенский район Толочинский район Чашникский район, иностранцы граждане, иностранцы граждане, лица без гражданства	
УЗ «Новополоцкая центральная городская больница» Межрайонный центр по оказанию медицинской помощи пациентам с ОНМК	пациенты с ОНМК	г.Новополоцк, г.Полоцк, Полоцкий район (все население), Верхнедвинский район, Глубокский район, Россонский район, Ушачский район иностранцы граждане, иностранцы граждане, лица без гражданства.	с 01.01.2023
ГУЗ «Полоцкая центральная городская больница»	Пациенты с ОНМК старшего трудоспособного возраста	г.Полоцк Полоцкий район	1. до 31.12.2022 2. иностранцы граждане, иностранцы граждане, лица без гражданства из г.Полоцка и Полоцкого направляются

			в УЗ «Новополоцкая центральная городская больница»
--	--	--	--

Приложение 4
к приказу главного
управления по
здравоохранению
Витебского облисполкома
от 06.12.2022 № 759

**Схема перераспределения
потоков пациентов
в случае неисправности аппарата КТ**

Учреждение здравоохранения	Резервное Учреждение здравоохранения
УЗ «Витебская областная клиническая больница»	УЗ «Витебская городская клиническая больница скорой медицинской помощи»
УЗ «Витебская городская клиническая больница скорой медицинской помощи»	УЗ «Витебский областной клинический центр пульмонологии и фтизиатрии»
УЗ «Новополоцкая центральная городская больница»	ГУЗ «Полоцкая центральная городская больница»
УЗ «Лепельская ЦРБ» центральная районная больница	УЗ «Оршанская центральная поликлиника»
УЗ «Оршанская центральная поликлиника»	УЗ «Витебская областная клиническая больница»
УЗ «Браславская центральная районная больница»	УЗ «Новополоцкая центральная городская больница»

Приложение 5
к приказу главного
управления по
здравоохранению
Витебского облисполкома
от 06.12.2022 № 759

**Форма документального решения
о проведении тромболитической терапии
пациенту с острым инфарктом
головного мозга в учреждении здравоохранения**

Ф.И.О.

пациента _____

Время появления симптомов

инсульта _____

Время поступления в учреждение здравоохранения

Время завершения предварительного обследования и принятия решения
о тромболитической терапии

*Критерии включения	да/ нет
- острый ишемический инсульт с четко определенным временем начала	
- длительность временного промежутка от появления первых симптомов заболевания до начала тромболитической терапии не более 4,5 часов	
- отсутствие признаков быстрого восстановления неврологического дефицита (транзиторная ишемическая атака)	
**Критерии исключения	да/ нет
- МРТ- или РКТ-признаки внутричерепного кровоизлияния либо объемного образования (опухоль, а/в мальформация)	
- систолическое артериальное давление > 180 мм.рт.ст. или диастолическое артериальное давление > 110 мм.рт.ст. после двух попыток снижения АД	

- до начала инфузии симптомы острого ишемического инсульта быстро купировались либо являются неинвалидизирующими (изолированная дизартрия, гемигипестезия, NIHSS≤4)	
- тяжелый инсульт (NIHSS>25) и/или по данным методов визуализации (МРТ или РКТ);	
- АД (после введения гипотензивных бригадой СМП): систолическое > 240 мм.рт.ст., диастолическое > 120 мм.рт.ст.	
- известные случаи тяжелой черепно-мозговой травмы в течение трех месяцев	
- введение гепарина в период 48 часов до наступления инсульта при повышенном значении активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ>44 с)	
- число тромбоцитов менее 100 000/мм, значение МНО более 1,7	
- уровень глюкозы в крови менее 2,7 ммоль/л или более 22,2 ммоль/л	
***Относительные противопоказания	да/ нет
- серьезные хирургические операции или серьезные травмы, имевшие место в течение последних 10 дней (включая повреждения, связанные с перенесенным острым инфарктом миокарда)	
- продолжительная или осложненная кардиолегочная реанимация (> 2 минут), акушерское родоразрешение в течение последних 10 дней, недавняя пункция несжимающегося кровеносного сосуда (например, пункция подключичной или яремной вены)	
- тяжелая дисфункция печени, включая печеночную недостаточность, цирроз, портальную гипертензию (с варикозным расширением вен пищевода) и активный гепатит	
- геморрагическая ретинопатия, например, при диабете (нарушения зрения могут указывать на геморрагическую ретинопатию) или другие геморрагические состояния в офтальмологии	
- бактериальный эндокардит, перикардит	
- острый панкреатит	
- язвенная болезнь желудочно-кишечного тракта, перенесенная в течение последних трех месяцев, документально подтвержденная	
- аневризмы аорты и крупных артерий, артериальные или венозные нарушения	
- неоплазма с повышенным риском кровотечения	
- гиперчувствительность к активному веществу альтеплаза или любому наполнителю	

* при наличии в одном из пунктов **НЕТ** – тромболизис противопоказан;

** при наличии в одном из пунктов **ДА** – тромболизис противопоказан;
*** решение по проведению тромболизиса принимается с оценкой саматического статуса и состояния тяжести пациента.

Решение консилиума

(провести тромболитическую терапию, воздержаться от проведения тромболитической терапии)

Дежурный врач-терапевт

Дежурный невролог

Дежурный реаниматолог

« _____ » _____ 20 ____ г.

Приложение 6
к приказу главного
управления по
здравоохранению
Витебского облисполкома
от 06.12.2022 № 759

**Перечень учреждений здравоохранения
для проведения ранней
медицинской реабилитации в
стационарных условиях пациентам
с ОНМК и прикрепленных
для обслуживания районов и городов**

Учреждение здравоохранения в котором проводится медицинская реабилитация	Учреждение здравоохранения, оказывающее помощь пациентам с ОНМК	Регион
ГУЗ «Витебский областной клинический центр медицинской реабилитации для инвалидов и ветеранов боевых действий на территории других государств»	УЗ «Витебская областная клиническая больница	Бешенковичский район, г. Витебск, Витебский район, Городокский район, Лиозненский район, Сенненский район, Шумилинский район.
	УЗ «Витебская городская клиническая больница скорой медицинской помощи»	
	УЗ «Браславская центральная районная больница»	Браславский район, Глубокский район, Миорский район, Шарковщинский район Поставский район
УЗ «Витебский областной госпиталь ИВОВ» «Юрцево	УЗ «Лепельская ЦРБ»	Докшицкий район Лепельский район Ушачский район
	УЗ «Оршанская центральная поликлиника» Межрайонный центр по оказанию	г. Орша, Оршанский район, Дубровенский район Толочинский район Чашникский район,

	медицинской помощи пациентам с ОНМК	иностранцы граждане, иногородние граждане, лица без гражданства
ГУЗ «Полоцкая центральная городская больница» (отделение реабилитации)	УЗ «Новополоцкая центральная городская больница» Межрайонный центр по оказанию медицинской помощи пациентам с ОНМК	г.Новополоцк, Верхнедвинский район, Россонский район
	ГУЗ «Полоцкая центральная городская больница	г.Полоцк Полоцкий район

**Параметры оценки уровня сознания
пациента с ОНМК и тяжести комы
(Шкала комы Глазго)**

Баллы	Открывание глаз	Речевой контакт	Двигательная активность
6	-	-	Выполнение команд
5	-	Развернутая речь	Локализация боли
4	Спонтанное	Произнесение отдельных фраз	Отдергивание конечности в ответ на болевой раздражитель
3	На обращение	Произнесение отдельных слов	Патологическое сгибание конечности (декортикация)
2	На боль *	Нечленораздельные звуки	Патологическое разгибание конечности (децеребрация)
1	Нет	Нет	Нет

Суммарная оценка по шкале Глазго в баллах:

Оценка по ШКГ в баллах	Степень тяжести	Традиционные термины	Степень тяжести общего состояния пациента
15	легкая	ясное	Хорошее
13-14		Оглушение	Умеренной тяжести
9-12	средняя	Сопор	Тяжелое
4-8		Кома	Критичное
3	тяжелая	Смерть мозга	Терминальное

**Шкала оценки тяжести пациента
при нетравматических субарахноидальных
кровоизлияниях (САК)
в остром периоде
(шкала Hunt-Hess)**

I степень тяжести	- бессимптомное течение, - возможна слабовыраженная головная боль - или ригидность мышц затылка
II степень тяжести	- головная боль умеренная или слабовыраженная, - менингеальные симптомы выражены, - очаговая неврологическая симптоматика отсутствует, за

	исключением возможного поражения глазодвигательных нервов
III степень тяжести	- менингеальные симптомы выражены, - сознание угнетено до оглушения, - очаговая симптоматика умеренно выражена
IV степень тяжести	менингеальные симптомы выражены, - сознание угнетено до сопора, - очаговая симптоматика выражена, - имеются признаки нарушения витальных функций
V степень тяжести	- кома различной глубины, - акинетический мутизм, - децеребрационная ригидность

**Параметры оценки
тяжести ишемического инсульта
в остром периоде
(шкала NIHSS)**

1	Уровень сознания	Не изменено	0
		Оглушение	1
		Сопор	2
		Кома	3
2	Отвечает на вопросы	Правильно отвечает на 2 вопроса	0
		Правильно отвечает на 1 вопрос	1
		Не отвечает	2
3	Реакция на команды	Правильно выполняет 2 команды	0
		Правильно выполняет 1 команду	1
		Не выполняет команды	2
4	Парез взгляда	Взгляд нормальный	0
		Частичный парез взгляда	1
		Полный парез взгляда	2
5	Поля зрения	Сохранены	0
		Частичная гемианопсия	1
		Полная гемианопсия	2
		Билатеральная гемианопсия	3
6	Парез мимической мускулатуры	Отсутствует	0
		Легкий	1
		Частичный	2
		Полный	3

7	Двигательные функции верхней конечности Левой Правой	Пареза нет	0
		Опускается медленно, за 5 сек	1
		Быстро падает, менее чем за 5 сек	2
		Не может преодолеть силу притяжения	3
		Движений в руке нет	4
8	Двигательные функции нижней конечности	Пареза нет	0
		Опускается медленно, за 5 сек	1
		Быстро падает, менее чем за 5 сек	2
		Не может преодолеть силу притяжения	3
		Движений в ноге нет	4
9	Чувствительность	Не нарушена	0
		Гипестезия	1
		Анестезия	2
10	Атаксия	Нет	0
		В руке или ноге	1
		В руке и ноге	2
11	Речь	Нормальная	0
		Легкая афазия	1
		Выраженная афазия	2
		Тотальная афазия	3
12	Дизартрия	Нет	0
		Умеренная	1
		Выраженная	2
13	Невнимательность	Нет	0
		Легкая степень	1
		Тяжелая степень	2

Оценка:

0 баллов: состояние удовлетворительное.

3-8 баллов: неврологические нарушения легкой степени.

9-12 баллов: неврологические нарушения средней степени.

13-15 баллов: тяжелые неврологические нарушения.

16-34 баллов: неврологические нарушения крайней степени тяжести.

34 балла: кома.

Менее 10 баллов – благоприятный исход.

Более 20 баллов – неблагоприятный исход.

ШКАЛА оценки ранних признаков инфаркта головного мозга для врачей-рентгенологов (шкала ASPECTS)

Шкала ASPECTS является 10-балльной топографической КТ-шкалой, применяемой у пациентов с ишемическим инсультом в бассейне средней мозговой артерии.

Территория кровоснабжения средней мозговой артерии на двух аксиальных срезах (один на уровне таламуса и базальных ганглиев, другой - ростральнее сразу над базальными ганглиями) делится на 10 участков.

За каждый участок, имеющий признаки ранних ишемических изменений (гиподенсивность), вычитается один балл. Значение «0 баллов» означает диффузное поражение всей территории кровоснабжения средней мозговой артерии. При отсутствии изменений значение шкалы составляет «10 баллов».

Оцениваемые участки:

C - хвостатое ядро (Cauda);

L - чечевицеобразное ядро (Lentiform nucleus);

IC - внутренняя капсула (Internal capsule);

I - островковая доля (Insular cortex);

M1 - «передняя кора СМА» или «оперкулярная зона»;

M2 - «средняя кора СМА» или «передне-височная зона»;

M3 - «задняя кора СМА»;

M4 - «передняя верхняя территория СМА»;

M5 - «средняя верхняя территория СМА»;

M6 - «задняя верхняя территория СМА».

Участки M1-M3 находятся на уровне базальных ганглиев, участки M4-M6 - на уровне желудочков непосредственно над базальными ганглиями).

ШКАЛА TICI

Используется для ангиографической оценки состояния церебрального кровотока после проведения РЭХВ:

0 - отсутствие перфузии;

1 - антеградная реперфузия дистальнее места первоначальной окклюзии с ограниченным заполнением дистальных ветвей с небольшой или медленной дистальной реперфузией (полная или почти полная окклюзия);

2a - антеградная реперфузия менее чем половины ранее

ишемизированной территории окклюзированной целевой артерии (одной из крупной ветви СМА и ее территории);

2в - антеградная реперфузия более чем половины ранее ишемизированной территории окклюзированной целевой артерии (двух крупных ветвей СМА и ее территории);

3 - полное антеградная реперфузия ранее ишемизированной территории окклюзированной целевой артерии с отсутствием визуализированной окклюзии во всех дистальных ветвях.

Типы геморрагической трансформации в соответствии с критериями ECASS

1. Геморрагический инфаркт 1 типа (ГИ-1) — маленькие петехии вдоль границы инфаркта.

2. Геморрагический инфаркт 2 типа (ГИ-2) — более расплывчатые сливные петехии в ишемической зоне без масс-эффекта.

3. Паренхимальная гематома 1 типа (ПГ-1) — гематома, занимающая менее 30% зоны инфаркта с небольшим масс-эффектом.

4. Паренхимальная гематома 2 типа (ПГ-2) — плотная гематома, занимающая более 30% зоны инфаркта с существенным масс-эффектом, либо любое геморрагическое повреждение вне зоны инфаркта.

Модифицированная шкала Рэнкина (МШР)

Баллы	Признаки
1	Нет явных признаков инвалидности: пациент в состоянии выполнять без посторонней помощи все действия по уходу за собой. Это не исключает возможность наличия у пациента мышечной слабости, расстройств чувствительности, речи и других неврологических симптомов, но предполагает, что эти нарушения выражены в незначительной степени и не ведут к ограничению активности пациента.
2	Легкие признаки инвалидности: пациент не в состоянии выполнять некоторые виды своей прежней активности, но в состоянии ухаживать за собой без значительной посторонней помощи (например, пациент не в состоянии вернуться к прежней работе; не в состоянии выполнять свои прежние обязанности по ведению домашнего хозяйства, но в состоянии обслуживать себя без ежедневного постороннего присмотра).
3	Умеренно выраженные признаки инвалидности: пациент нуждается в

	некоторой посторонней помощи, но может самостоятельно ходить (например, пациент нуждается в ежедневном присмотре, нуждается в помощи при одевании или гигиеническом уходе за собой, не в состоянии ясно читать или свободно общаться с окружающими). При этом использование ортопедических приспособлений не означает того, что пациент нуждается в помощи посторонних.
4	Выраженные признаки инвалидности: пациент не в состоянии ходить без посторонней помощи и не в состоянии в значительной мере обеспечить уход за собой (например, пациент нуждается в круглосуточном присмотре и существенной ежедневной посторонней помощи при выполнении нескольких видов ухода за собой, но при этом он в состоянии самостоятельно или при минимальной помощи со стороны выполнять какую-то часть этих мероприятий).
5	Грубо выраженные признаки инвалидности: пациент прикован к постели, неопрятен и нуждается в постоянном сестринском уходе и наблюдении.
6	Летальный исход